

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-770514

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **DAD**

Matricule : **3249** Société : **DAD**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **ABO794**

Nom & Prénom : **BENHAM NOSTAFA**

Date de naissance : **24 09 1957**

Adresse : **3 RUE HAFID IBRAHIM AP 3 CASABLANCA**

Tél. : **0661186986** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur CHELLY Crafik
Ophtalmologiste
83, Rue Soumaya (Imm. Fiat)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél : 05 22 23 30 53 / 05 22 25 63 70
INPE : 001040934

Date de consultation : **13/05/25**

Nom et prénom du malade : **BENHAM NOSTAFA**

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affection Oculaire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) : **Karim**

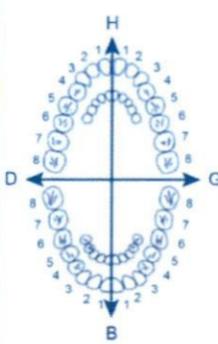
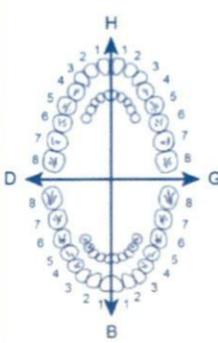
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/05/2023	CS	←	320.10 21	INP: 09104095 Dottorecchio INP: 09104095 Cesabianca C.R. 370

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MOUSSAULT 27 Rue Moussa Bnou Moussa Leauthier - Casablanca Tél: 05 22 26 42 12	13/05/2023	1271,30

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div> B			MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur C HELLY C hafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la la Cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes expolorations ophtalmologiques

13 mai 2023

Monsieur BENNANI Mostafa

292,00

- ZIOPTAN COLLYRE

1 goutte, le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 3 mois

104,40 x 08

- TRUSOPT 2 % COLLYRE

1 goutte, dans les deux yeux, pendant 3 mois

144,00

- VISMED MULTI COLLYRE

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

Lot 60011-A
EXP 01/2024
Fab: 01/2021



7 640168 160210



7 640168 160210
ZIOPTANTM 15µg/ml
Collyre en récipient unidose
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml
P.P.V.: 292.00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1-27182 Bouskoura-Maroc

82, Rue Soumaya

Immeuble Fiat

☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

T=1271,30

Docteur C HELLY C hafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Imm. Fiat)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 25 83 70 / 05 22 23 30 53 / 05 22 98 47 84
Tél: 06 61 33 04 44

82, زقة سومية - إقامة شهرزاد

عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي - النخيل الدار البيضاء

☎ : 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

مستعجلات : 06 61.33.04.44 : ☎ 06 52.10.00.12